

T#: _____

Updated on Communication

Programa Auto-Suficiencia Familiar SOLAMENTE

Cuestionario Actual Mensual
Mes y Año: _____

Nombre: _____ Domicilio: _____

Telefono: _____ #Celular: _____ #Mensaje: _____

**NOTA: Cualquier cosa que reporte usted es muy importante. Muchas Gracias por su Tiempo.
Fuente de INGRESO – Empleo u otras fuentes**

Jefe (a) de Familia fuente de ingreso mensual: (marque lo que le corresponda)

- | | | | |
|---|----------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Seguro Social | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia General | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social Supplemental | \$ _____ | <input type="checkbox"/> TANF- Dinero en Efectivo | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Child Support | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Estampillas | \$ _____ | <input type="checkbox"/> NO TRABAJO | \$ 0.00 ingreso |

Si esta Trabajando porfavor llene lo siguiente:

Nombre de Compañía: _____ Permanente Temporal Estacional

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Telefono: _____

Posición: _____ Tiempo Completo Medio Tiempo – Cuantas hrs: _____

COMENTARIOS: Por favor comente cualquier cosa que crea importante -

NOTA IMPORTANTE: Si esta trabajando por favor reporte a su **Trabajadora Social** en el plazo de 10 días.

EDUCACION-ENTRENAMIENTO

Educación o Cursos de Entrenamiento (Usted tiene que proveer CERTIFICADOS)

¿Usted esta asistiendo a la escuela, colegio, o cursos de entrenamiento? SI NO

Si esta asistiendo algún tipo de centro de educación o entrenamiento, por favor llene lo siguiente:

- Secundaria GED Entrenamiento Colegio Conserjería Primeros Compradores (Casa)

Nombre de la escuela / Colegio o Cursos (Describir): _____

Otro tipo de programa (Describir): _____

COMENTARIOS: Por favor dígame si termino cualquier curso o entrenamiento.

